

研究報告

脳神経の手術を受けた高齢者の看護の実際と課題の検討

金子 史代・倉井 佳子

新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

Actual Situations and Problems of Postoperative Nursing Care for the Elderly who Underwent Neurosurgical Operation

Fumiyo Kaneko, Yoshiko Kurai

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

要旨

本研究の目的は、脳神経の手術を受けた高齢者の日常生活行動の拡大とセルフケアの支援に必要な看護と課題を明らかにし看護の方向性を見出すことである。研究対象者は急性期病棟に5年以上勤務している看護師6名である。収集したデータは質的統合法（K J法）により分析した。その結果、【高齢者の脳神経の手術治療の効果を高める看護】 【他の医療職との連携と協働】 【高齢者の特徴と脳神経の手術により生じる高齢者の変化の把握】 【脳神経の手術を受けた高齢者の看護の目標に向けた支援】 【高齢者の自立と自律への支援】 【術後の高齢者の安全を守る抑制、その行為による（看護師の）心の痛み】 【高齢者の術後の回復意欲と認知能力を支える家族への支援】 が明らかになった。課題としては、高齢者の退院に向けた職種間の合意の必要性、高齢者の家族の介護力を引き出す関わり、そして、高齢者の安全を守る抑制の時間を短縮する実践の困難を述べていた。脳神経の手術を受けた高齢者の看護では、医療チーム全体の効果的な連携と協働の強化の必要性が示唆された。

キーワード

脳神経の手術、高齢者、セルフケア、術後看護

Abstract

The objective of the study is to identify nursing care and related problems involved in extending the daily life and supporting self-care of the elderly who underwent neurosurgical operation, and to determine the direction of nursing care. Subjects were six nurses who had been working in an acute-phase department for five years or longer.

Collected data was analyzed by the qualitative synthesis method (KJ method). The results clarified [nursing care to enhance the treatment effect of neurosurgical operation in the elderly], [coordination and cooperation with other medical occupations], [understanding of characteristics of the elderly and changes caused by neurosurgical operation in the elderly], [support for the objective of nursing care for the elderly who underwent neurosurgical operation], [support for the elderly for independence and self-control], [restraint to protect the safety of the elderly who underwent surgical operation and mental strain (of nurses) due to such work], and [support for the family of the elderly who help with postoperative motivation for recovery and cognitive ability of the elderly]. There also were the following problems: the need for agreement between medical occupations toward hospital discharge of the elderly; relationship to enhance the capacity of the family of the elderly for nursing care; and difficulties of the practice to reduce the period of restraint to protect the safety of the elderly. It was suggested that there is a need for effective coordination and cooperation of the whole medical team in the nursing care of the elderly who underwent neurosurgical operation.

Key words

neurosurgical operation, elderly, self-care, postoperative nursing

I はじめに

脳神経の手術を受けた高齢者は、術後の急性期でも認知症の症状が出現しやすく、回復への意欲低下が助長されることが問題視されている。そこで、これらを予防し術後の回復を支援するには、術後早期から高齢者の個別的な能力を考慮した日常生活行動の拡大とセルフケアへの支援が重要となる¹⁾。高齢者の日常生活行動の拡大とセルフケアへの支援には、高齢者自身が自律して、その人らしく療養生活を送ろうとする意思と主体性が重要となる²⁾。脳神経の術後は、認知の低下や身体の自立が障害されることが多いために、高齢者は援助者である家族や医療者との関わりを通して主体性を発揮すること、あるいは援助者に、潜在している意思や主体性を汲み取ってもらう必要がある。しかし、この高齢者の主体性の発揮は、高齢者にその能力があるにもかかわらず、援助者との関係や治療環境によって、その能力が十分に発揮されないことも多い³⁾。また、高齢患者の家族も、脳神経の術後に現れる高齢患者の意識障害と認知力の低下に対し患者との関係の持ち方に戸惑い、また回復への可能性への期待を低下させてしまうこともあり、目の前の事象に向き合い対処できるようになるまで時間を要する。しかも、このような危機的状態に陥っている家族を支援する看護師も急性期では患者の援助や治療が優先され、家族と関わる時間は限られてしまうという現状がある⁴⁾。脳神経の手術後的高齢者が主たる援助者である家族との関わりを通して、家族にその意思を汲み取ってもらい高齢者の主体性を発揮する能力を高めていくためには援助する側、特に家族への看護師の介入が必要であることが示唆されている⁵⁾。また、脳神経の術後の支援においては、意識障害や不穏状態にある患者の危険防止や安全確保のために抑制が行われる。特に高齢者では加齢による適応力の低下によって、セ

ン妄や混乱など抑制の対象となりうる状態に陥りやすい。抑制は患者の人権を侵害するとともに身体的、心理的、社会的な弊害を引き起こし⁶⁾、高齢者にとってたとえ短時間でも自立や主体性に関わる能力に影響を与えることから、これまでも抑制のないケアの実現をめざしさまざまな議論や検討がされてきている⁷⁾。そこで、本研究では、看護の実践者に対する面接調査を通して、脳神経の手術を受けた高齢者の日常生活の拡大とセルフケアの支援に必要な看護と課題を明らかにし、関連する研究を踏まえて今後の看護の方向性を検討することを目的とした。

II 用語の定義

セルフケア：セルフケアとは、その人自らの健康維持や健康問題への対処であり、その過程においては、その人が主体的であるか、また、積極的な役割を遂行しているかが重要視される。人が問題に対処するには、主体的であるときと、それと反対に他律的であるときがある。また、その役割には、自分で行う積極的な役割と人に任せる主体的な役割とがある。これは、その人の表面に現れる行動としては異なるが、両方ともその人の主体性を現わしているものであり、セルフケアはその人の前向きな意識が前提となっているのである⁸⁾。

III 研究方法

1. 対象者と調査期間

A総合病院の急性期病棟で脳神経の手術を受けた高齢者を看護している看護師6名に対し平成24年8月から9月に半構造化面接法による調査を行った。

2. 研究方法

1) データ収集法：対象者への半構造化面接法による聞き取り調査からデータを得た。

質問項目は、「脳神経の手術を受けた高齢者の術後の日常生活行動の拡大およびセルフケアへの支援」の実際についてである。面接は1名に1回実施し、静かでプライバシーが保持できる環境で会話をする方法で行った。会話の内容は許可を得て録音した。面接時間は30分を目標とした。

2) 分析方法：テーマに関する現象の実態を明らかにして、その本質を見出すことを目的とする看護質的統合法（K J法）を用いた^{9) 10) 11)}。方法としては、看護師の逐語録からテーマ「脳神経の手術を受けた高齢者の日常生活行動の拡大およびセルフケアへの支援」について、その内容が含まれるように元ラベルを作成し、類似性に着目してグループ化を繰り返した。集まったラベルの類似グループ毎のラベルの全体感から、それらのラベルの主張を代弁するような文を作成し表札として記述した。表札を付けたラベルのセットを1つのグループとして、このような編成を数回繰り返し、最終に残った表札もしくはラベルが6枚前後になったところで、そこに含まれる内容を端的に表すシンボルマークを付けた。各シンボルマークの意味上の関係性に着目して、論理的関係性を発見することを目的に、相互に関係する配置となる構造図を作成した。本研究では6名の看護師の全体分析と個別分析を行った。

(1) 全体分析：6名全員の看護師の逐語録から、脳神経の手術を受けた高齢者の日常生活行動の拡大およびセルフケアへの支援への看護と課題を明らかにすることを目的に分析し構造図を作成した。

(2) 個別分析：6名の看護師の個々の逐語録に、脳神経の手術を受けた高齢者の看護と課題が実際にどのような特徴をもって現れているかを知ることを目的に分析し、類似する看護師の看護を集めてその特徴を表現し構造図を作成した。

(3) 全体分析と個別分析の結果とその構造図を比較検討し、「脳神経の手術を受けた高齢者の日常生活行動の拡大およびセルフケアへの支援」の看護と課題を検討した。なお、分析は、実際に脳神経の手術を受けた高齢者の看護の経験がある看護師と看護質的統合法（K J法）分析手法経験者2名以上で行うことで、分析過程と結果の妥当性確保に努めた。

3. 倫理的配慮

本研究は、対象者が所属する看護部に事前に文章と口頭で研究の目的と方法を説明し承認を得てから調査を依頼した。研究対象者には面接を行う際に、研究の目的と方法を説明し、調査への参加は任意であること、途中辞退が可能であること、辞退しても不利益は生じないこと、録音による逐語録の作成と結果の発表、それに関連する個人情報保護等を説明し同意書をもって同意を得た。

IV 結果

対象となった看護師6名は急性期病棟に5年から15年勤務していた（表1）。面接時間は平均38分であった。逐語録からとりだしたラベルは、看護師A21枚、B22枚、C30枚、D24枚、E44枚、F28枚、であり、これを用いて全体分析と個別分析を行った。

表1 研究参加者の概要

看護師	性別	年齢	脳神経・急性期看護経験年数	臨床経験年数
A	女性	30代	5	9
B	女性	20代	6	6
C	女性	30代	7	12
D	女性	20代	5	5
E	女性	30代	15	15
F	女性	40代	10	22

1. 全体分析：脳神経の手術を受けた高齢者の看護の実際と課題

脳神経の手術を受けた高齢者の日常生活行動の拡大およびセルフケアへの支援について

6回のグループ編成を繰り返し共通する意味内容ごとに分類した。その結果7つのシンボルマークに分類された。これら7つシンボルマーク【 】の関係性を構造図として図1に示した。その構造図から看護の基盤には、術後の治療や処置を優先し患者の観察と安全を中心にした【高齢者の脳神経の手術治療の効果を高める看護】と看護師と各医療職が情報の共有によりそれぞれが役割を果たす術後のチーム医療として【他の医療職との連携と協働】があった。そして、高齢者の環境への適応と回復力、脳神経の手術による合併症（麻痺や意識障害、認知の低下等）から【高齢者の特徴と脳神経の手術により生じる高齢者の変化】を把握して、高齢者の可能性を見出し、もとの生活に戻す、社会に送り出すという【脳神経の手術を受けた高齢者の看護の目標】に向けて援助を進めていた。看護師は、脳神経の術後の高齢者の日常生活行動の拡大を排泄と食事のセルフケアから支援する【高齢者の自立と自律への支援】を行っていたが、その過程で、点滴の自己抜去、徘徊によ

る転倒などの予防の必要性から【術後の高齢者の安全を守る抑制、その行為による（看護師の）心の痛み】を経験していた。また、脳神経の手術を受けた高齢者の症状による家族の戸惑いと、それにより変化する患者との関係に対応する【高齢者の術後の回復意欲と認知能力を支える家族への支援】があった。そして、看護師は脳神経の術後の高齢者の看護の過程における課題として、高齢者の退院に向けた各職種間の合意の必要性、高齢者の家族の介護力を引き出す関わりをあげていた。また、高齢患者の安全を守る抑制の時間を短縮する方法や方向性を決定しつつも実践への実現の困難を述べていた。

2. 個別分析：脳神経の手術を受けた高齢者の看護の実際と課題

6名の個々の看護師の脳神経の手術を受けた高齢者の看護の実際を逐語録とし、その分析とそれより作成した構造図（図2、図3、図4）から特徴として現れた看護と課題について、その内容を以下に述べる。なお、「」の文は個々の看護師の逐語録から取り

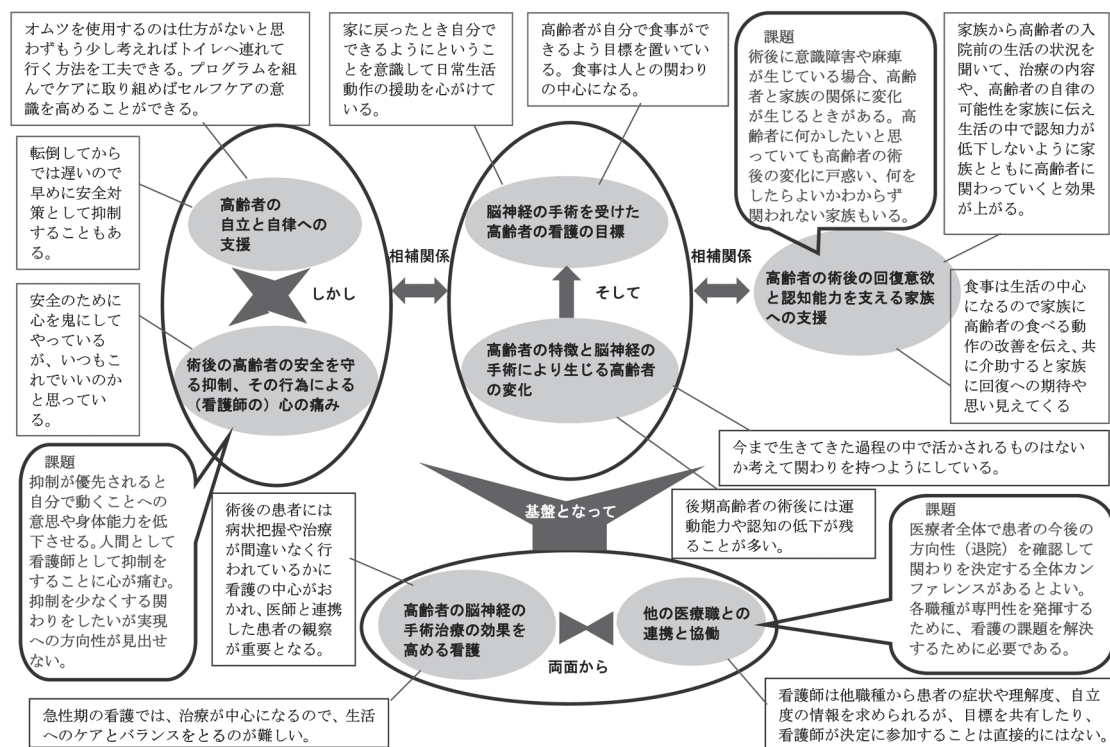


図1 脳神経の手術を受けた高齢者の日常生活行動の拡大とセルフケアの支援に必要な看護と課題

出したラベルの要約であり、【 】の文は個別分析によるシンボルマークである。

1) 家族と共に脳神経の手術を受けた高齢者の回復を支援する (図2)

看護師Cは家族の存在は脳神経の手術を受けた高齢者の日常生活行動の自立への支援に絶対必要であり、高齢者にとって家族との関係、特に、食べるということを通した日常的な会話は高齢者の生きる力の支えとなるものであるとしている。看護師は家族と共に術後高齢者の生活の中で人と人との関わりの中心となる食事の自立の支援をするが、この支援は時間を要し、医療チーム全体の連携と協働により行われる必要があることを次のように述べていた。

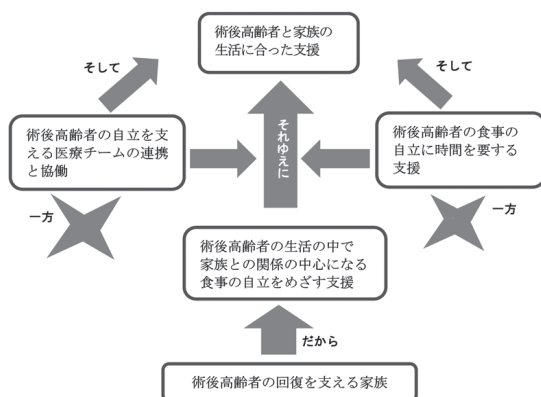


図2 家族と共に脳神経の手術後の高齢者の回復を支援する

「脳神経の手術を受けて高齢者に意識障害や麻痺が生じている場合、高齢者と家族の関係に変化が生じる場合もある。看護師として高齢者の回復の過程を家族に伝え、高齢者と家族がその目標に向かっていけるように関わっている【術後高齢者の回復を支える家族】。食事は日常生活行動の中でも人と人との関わりの中心になると思う。高齢者の食べる動作の変化などを家族と確認しながら『頑張れば食事が自分で食べられるようになるかもしれない』と伝え、家族の心の中に高齢者の回復を期待する願いや思いが生じてくるのが見えてくる【術後高齢者の生活の中で家族との関係の中心になる食事の自立をめざす支援】」。

【術後高齢者の自立を支える医療チームの連携と協働】。家族がいない、または家族のケアがあまり受けられない高齢者にとっては特に看護師の関わりが重要になる。また、手術をした高齢者に関心が低いように見える家族は、実は高齢者に何かしたいと思っけていても何をしたらよいかわからなくて関われないでいる家族もいる。看護師は病気や治療に伴う高齢者の日常生活行動の自立の可能性について家族に伝え、家族と共に高齢者の今までの生活に合った支援をする役割があると思う【術後高齢者と家族の生活に合った支援】」。

2) 脳神経の手術を受けた高齢者にとって必要な抑制を考え支援する (図3)

看護師DとEは、脳神経の手術を受けた直後に高齢者は意識障害や麻痺などが生じると状況を判断することや自分で日常生活を維持することが困難になる。そのために、高齢者の安全と術後の治療や処置を優先して抑制が行われると述べている。その抑制が高齢者の自立への意識やセルフケア能力を低下させてしまうことを危惧している。看護師は高齢者の安全を守るため行う抑制に心を痛めつつ、そして、抑制を解除する時期の決断に迷い、高齢者にとって望ましい療養生活を支援したいと思いつつも限界を感じ、具体的な方向性

を見出せないでいると述べている。

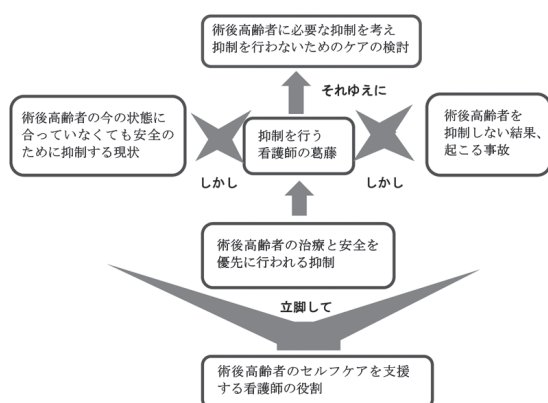


図3 脳神経の手術後の高齢者に必要な抑制を考え支援する

「入院すると昼間眠って夜になると別人のようになる高齢者がいる。高齢者が夜になって徘徊して転倒してからでは遅いので早めに安全対策として抑制することもある。特に脳神経の術後に意識障害や麻痺などが生じると患者の安全のために抑制が優先され、それが長期に及ぶ傾向がある。看護師は高齢者のセルフケアを維持したいと思いつつも高齢者は抑制により自分で動くことへの意思や身体能力を低下させてしまうことになる【術後高齢者のセルフケアを支援する看護の役割】。術後高齢者を自由にして自分で行動できるように援助したいと思っても安全ということ考えると、看護師は葛藤しながら抑制が必要と判断してしまう【術後高齢者の治療と安全を優先に行われる抑制】。手術後に抑制をしないで自由な状態にしていると少しの時間で点滴を自己抜去してしまう。また、脳神経の疾患では、輸液に抗凝固剤を使用したり、抗凝固剤の内服をしている高齢患者が多いので、自然に止血するということがなく出血多量の危険な状態になってしまう【術後高齢者を抑制しない結果、起こる事故】。治療も必要だが、その治療を優先し抑制して患者の自由を制限してよいのか、自分の肉親であれば、抑制されている状態を見たなら切なくなる。看護師として人間として苦しい思いをしながら現実に対応しなければならない【抑制

を行う看護師の葛藤】。看護師は前に担当した看護師のやり方をそのまま継続してしまう傾向はないか【術後高齢者の今の状態に合っていないにもかかわらず安全のために抑制する現状】。抑制にも種類があるので、例えば、その人に胃管が入っているだけならばミトンだけでよいのではないかな。指先が使えない状態であれば自己抜去の危険は低くなる。抑制を少なくする関わりをしたいと思うが実践の方向性が見いだせない。看護は何を目標にしたらよいのか。高齢患者の自立の可能性をゼロにしてはいないか。その人の可能性に対して責任を持って治療後に社会に送り出す役割が看護師にはあると思う【術後高齢者に必要な抑制を考え抑制を行わないためのケアの検討】。」

3) 医療チームと家族が協働し脳神経の手術を受けた高齢者を支援する (図4)

看護師A・B・Fは、医療チームの連携と協働のもとに脳神経の手術を受けた高齢者を元の生活に戻すことを看護の目標として、高齢患者の脳神経の術後に生じる意識障害からの認知の低下、麻痺等による生活行動の困難からの自立に看護の焦点を合わせている。そのためには高齢者とコミュニケーションが充実できる看護体制と医療システムの改善は必要であり、同時に高齢者の心の支えであり高齢者の生活を良く知る家族の介護力を高める

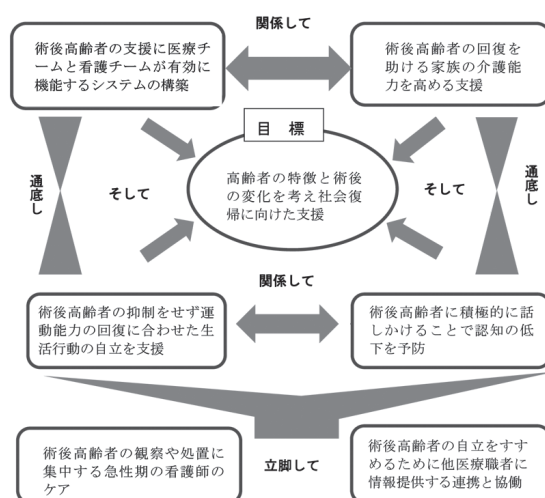


図4 医療チームと家族が協働し脳神経の手術後の高齢者を支援する

支援を強化していくことが課題であると述べている。

「脳神経の術後の高齢患者は重症患者が多いので看護師はその観察や処置に集中する。急性期では治療が優先になるので生活へのケアとバランスをとるのが難しい【術後高齢者の観察や処置に集中する急性期の看護師のケア】。高齢者の日常生活行動の自立に向けて、理学療法士らと連携し医師の指示を確認して早めに体を動かすようにすると高齢者の生活動作や意識レベルは低下しない。術後高齢者の日常生活行動の拡大を看護師が独自に決定できるということは直接的にはないが、他の医療職者は看護師からの情報がないと患者の状態や能力を評価できないので看護師からの情報提供は大きな要素になっている【術後高齢者の自立をすすめるために他医療職者に情報提供する連携と協働】。高齢者は術後1日でも安静臥床すると体力が低下し、それと同時に認知力も低下する。医師の許可があればベッドアップし視野を広げるようにしている。見当識障害になる人が多いので、処置をするときにも時間に追われると機械的になってしまうが一人ひとりに話しかけたいと思っている【術後高齢者に積極的に話しかけることで認知の低下を予防】。術後は輸液をしていても極力できる生活動作には参加してもらっている。歩き始めてすぐに認知力が高まり退院できた例もある。頻回に見回りたいが特に夜間は人が少ないのでどうしても安静の指示を優先にする。また、安静が解除になったときにも転倒を防止するために抑制をしなければならない時がある【術後高齢者の抑制をせず運動能力の回復に合わせた生活行動の自立を支援】。高齢者は年齢に関係なく、自分ができるとはしたいと思う人はそばで見守るだけでできるようになる。高齢者が入院した場合には元の状態で退院することを目標に今まで生きてきた過程の中で獲得してきた能力で活かされるものと考えて関わり

をもつようにしている【高齢者の特徴と術後の変化を考え社会復帰に向けた支援】。退院が決まってからでは間に合わないので術後の高齢者に関わる医療者全員で退院カンファレンスを行うシステムができるとよい。看護師の数があればいいが現状では難しいので、例えば、オムツを使用するのは仕方がないと思わずに看護チームでプログラムを組んでトイレに連れて行く方法を検討するなど、看護チームで患者の症状に合ったケアが機能的にできるようにしたい【術後高齢者の支援に医療チームと看護チームが有効に機能するシステムの構築】。家族に高齢者の手術や症状を理解してもらい、入院生活の中で家族とともに高齢者に関わっていくと認知力の維持と低下防止に効果が上がる【術後高齢者の回復を助ける家族の介護能力を高める支援】」。

VI 考察

本研究は、脳神経の手術を受けた高齢者の日常生活行動の拡大およびセルフケアへの支援の実際を質的・帰納的に分析し、必要とする看護と課題を明らかにし、看護の方向性を見出すことを目的にした。以下に全体分析と個別分析により得た脳神経の手術を受けた高齢者への看護の課題について考察する。

1. 脳神経の手術を受けた高齢者の家族の介護力を引き出す関わり

脳神経の術後の急性期では患者の意識障害などの何らかの機能障害から家族は危機的状态に陥り、多大なストレスを抱え込むことが多い。特に高齢者は術後の意識障害が遷延し、それが認知症症状に移行しやすく、そのために家族は患者との関係の持ち方に戸惑い、また回復の可能性への期待を低下させてしまうこともある。田中は、このような危機的状态に陥っている家族を支援する看護師は、家族が高齢者の身体に触れる等の行為から高齢者とのコミュニケーションを維持しつ

つ、家族と行えるケアを計画し実施する中で高齢者の病状の説明をすることが必要であると述べている⁵⁾。本研究結果でも看護師Cは高齢者の食べる動作の変化などを家族と確認しながら「頑張れば食事が自分で食べられるようになるかもしれない」と伝え、家族の心の中に高齢者の回復を期待する願いや思いが生じてくるのが見えてくることを述べていた。また、手術をした高齢者に関心が低いように見える家族は、実は高齢者に何かしたいと思っ¹²⁾ていても何をしたらよいかわからなくて関われないでいる家族もいるということも述べていた。一般に、術後のこの時期の家族には、患者のことをもっと知りたいという情報のニーズ、助かるという希望のニーズ、患者に何かをしてあげたいという接近のニーズが高いといわれており、家族が食事介助など術後の高齢患者の日常的なケアへの参加を通して、高齢者の病状と回復の状態を理解できる関わりが必要であることが示唆された。また、研究者らが行った回復期リハビリテーション病棟の高齢者のセルフケアを支援する家族への看護師の援助技術に関する研究結果でも、家族と連携し協働してケアすることを通して家族と高齢患者の関係を維持することが、家族に高齢患者の状況を伝えケア体験の機会をつくることとなり、家族とともに高齢者のもつ能力を生活にいかすことが可能となる³⁾ことが明らかになっている。今回の急性期における看護と回復期リハビリテーションの看護では状況は異なるが共通する点を分析し、高齢者のセルフケアを支援する家族への援助技術として開発していく必要があると考える。

2. 脳神経の手術を受けた高齢者の抑制の時間を短縮する実践に向けて

一般に急性期における抑制の目的は、意識障害や不穏状態にある患者の危険防止や医療機器が装着されている患者の安全確保である¹³⁾。脳神経の手術後の高齢者の場合は、意識障害が遷延する特徴から急性期から回復期に

かけて抑制が長期になることが予測される。本研究結果でも看護師DとEは、脳神経の術後は意識障害や麻痺などが生じるために患者の安全のために抑制が優先されること、そして、それが長期に及ぶ傾向があり、高齢者にとって抑制は自分で動くことへの意思や身体能力を低下させ、その結果、セルフケア能力を低下させてしまうことを危惧していた。このような状況に対して、抑制のないケアの実現を目指しさまざまな議論や検討がされている。長谷川は、抑制を受ける高齢者が自力で日常生活行動ができない場合には、患者が習慣としていたことを代行して継続するなど、抑制を余儀なくされている患者の意思や欲求などを看護師がきめ細かくタイムリーに拾い上げ関わる方法を提案している。そして、この関わりは、高齢者が自らの生きる意味を見失うことなく、主体的に療養することを可能にすると同時に回復への意欲を持ち続けるために重要な意味をもつ看護ケアであることを強調している¹⁴⁾。しかしながら、看護師はこのように抑制されている患者への関わりに心を砕きながらも、抑制を実施すること、そして、抑制されている患者と家族に対してもつ気まずさや罪悪感⁷⁾は、知らず知らずのうちに看護師の内面に蓄積し、ストレスやバーンアウトにつながる⁷⁾ことが指摘されている。本研究の結果でも、看護師は治療も必要だが、その治療を優先し抑制して患者の自由を制限してよいのか、自分の肉親であれば、抑制されている状態を見たなら切なくなると、看護師として人間として苦しい思いをしながら現実に対応していた。その結果、看護は何を目標にしたらよいのか、看護師は抑制によって高齢患者の自立の可能性をゼロにしてはいないかと、抑制しなければならない現実⁷⁾に看護の役割の根底を揺さぶられる思いを経験していた。これに対して、井上らは、急性期における患者抑制は、看護師の人員増加だけでは解決しないさまざまな要因を内包して

いること、そのなかで、必要悪との意見が根強い抑制の是非の議論では、抑制自体がもつ危険性、すなわち負の効果、抑制用具による身体損傷、さらに看護師への心理的負担感を見極めたうえで、アセスメント、リスク判定、適用指針などを慎重に開発する必要を主張している⁷⁾。一方、山本による看護師の経験年数による高齢者の身体抑制に対するジレンマの差についての調査では経験年数が多い看護師ほどジレンマ得点が高いことが報告されている。それは、看護臨床経験が長い看護師は、身体的抑制という場面を通して解決されないジレンマを何度も感じているためと分析している。そして、経験年数が多い看護師に対しては高齢者のアドボカシー能力を高めるアプローチを深めていける研修の必要性を述べていた¹⁵⁾。今回の研究の調査対象者の臨床経験年数は5年から22年で中堅以上の看護師であった。それゆえ、抑制を必要とする脳神経の手術後の高齢者への看護では、抑制を少なくするケアの開発を検討するとともに、抑制を経験する看護師には、心理的負担感を軽減する支援を常に考えていく必要があるといえる。

3. 脳神経の手術を受けた高齢者の退院に向けた各職種間の合意をめざして

脳神経の手術を受けた高齢者の看護では、看護師と他の医療職の情報の共有によるチームとしての効果的な連携と協働が重要となっていた。看護師Cは、病棟には医師、薬剤師、栄養士、そして理学療法士らがあり、看護師はそれぞれの職種から患者の症状や理解度、食事など日常生活行動の自立度に関連する情報を求められると述べている。患者に関連する情報を得たい時には看護師に確認するようになっているが職種間で患者の回復への目標を共有する関係はないとチーム医療における看護師の情報提供の重要性と同時に職種間のチームの連携の弱さを述べていた。また、看護師A・B・Fも、退院が決まってか

らでは間に合わないので術直後から高齢者に関する医療者全員で退院カンファレンスなどを定期的に行うことができるとよいと医療チームが有効に機能するためのシステムの構築を望んでいた。医療チームで共有する高齢者の病状や回復に関する情報は、各医療職が共通の目標をもってこそ各職種の専門的な役割をより有効に機能させる重要な要素となるといえる¹⁶⁾。急性期病棟の医療チームが共有するこれらの情報は今その時に高齢者の医療に活用しうる情報であり、各医療者が高齢者の可能性を見出し、もとの生活に戻す、社会に送り出すために生かされるべき情報でもある。このことから、医療チームで定期的なカンファレンスをもち共通した目標を持つことはチームが共有する情報を高齢者の退院にむけて有効に活用しうることにつながるものと考ええる。また、看護師には、医療チームの情報の共有を通して、各職種が、高齢者の術後の意識障害や認知の低下に揺さぶられている家族に関わり、その機能を発揮できるように調整する役割をもつ必要がある。そして、高齢者の安全を守る看護師による抑制の行為も、医療チームで、術後の高齢者が動くことができる機会と範囲を検討し、高齢者の安全を守る方法を共に見出していくことも責任ある看護の実践において必要と考える。

V 結論

脳神経の手術を受けた高齢者への看護の実践者に対する面接調査を通して、術後高齢者の日常生活行動の拡大とセルフケアへの支援に必要な看護と課題を明らかにし看護の方向性を検討した。その結果、脳神経の手術を受けた高齢者への看護の基盤には【高齢者の脳神経の手術治療の効果を高める看護】と【他の医療職との連携と協働】があった。そして、【高齢者の特徴と脳神経の手術により生じる高齢者の変化】を把握して、【脳神経の

手術を受けた高齢者の看護の目標】に向けて援助を進めていた。看護師は、脳神経の術後の高齢者の日常生活行動の拡大を排泄と食事のセルフケアから支援する【高齢者の自立と自律への支援】を行っていたが、その過程で、【術後の高齢者の安全を守る抑制、その行為による（看護師の）心の痛み】を経験していた。また、脳神経の手術を受けた高齢者の症状に戸惑う家族に【高齢者の術後の回復意欲と認知能力を支える家族への支援】を行っていた。看護師は脳神経術後の高齢者の看護の過程における課題として、高齢者の退院に向けた各職種間の合意の必要性、高齢者の家族の介護力を引き出す関わりをあげていた。また、高齢患者の安全を守る抑制の時間を短縮する方法や方向性を決定しつつも実践の困難を述べていた。脳神経の手術を受けた高齢者の責任ある看護の実践には、術後高齢者の意識障害等に揺さぶられている家族の介護力を引き出す関わり、高齢者の安全を守る看護師による抑制の行為を少なくする援助を、医療チーム全体で情報の共有を通して検討する必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力をいただいた対象者の皆様から心より感謝いたします。なお、本研究は、第6回新潟青陵学会学術集会（2013年11月）の発表に加筆・修正を加えたものである。

文献

- 1) 魚尾淳子、河野保子. 脳血管障害患者の日常生活拡大に関する研究—意欲、自己効力感、自己効力感形成の情報源との関係に焦点をあてて—, 日本看護研究学会雑誌. 2011;34(1):47-59.
- 2) 鳥田美紀代、正木治恵. 看護師がとらえにくいと感じる高齢者の主体性に関する研究. 老年看護学. 2007;11(2):112-119.
- 3) 金子史代、倉井佳子、佐藤益美. 高齢患者のセルフケアを支援する家族への退院支援として

- の援助技術. 新潟青陵学会誌. 2013;5(3):41-49.
- 4) 犬飼智子、渡邊久美、野村佳代. 脳神経疾患患者の家族との「患者を介さない関係の築きにくさ」—急性期病棟の看護師への面接調査に基づく分析—, 日本看護研究学会雑誌. 2009;32(5):75-81.
- 5) 田中晶子. 急性期意識障害患者と家族のかかわりから明らかになった救急看護師の家族援助. 日本看護研究学会雑誌. 2010;33(2):103-112.
- 6) 厚生労働省. 身体拘束ゼロへの手引き. 6. 厚生労働省. 東京:2001.
- 7) 井上智子、矢富有見子、佐々木吉子、川本祐子. クリティカル・急性期ケア看護師が認識する患者抑制の実際と抑制への思い—質問紙による研修会参加者への日米調査の比較から—, 日本クリティカルケア看護学会誌. 2008;4(2):45-51.
- 8) 金子史代. ドロセア・E. オレムにおける看護のセルフケア不足理論の基礎的研究. 67-86. 東京:看護の科学社:2004.
- 9) 川喜田二郎. KJ法—渾沌をして語らしめる—, 121-170. 東京:中央公論社:1993.
- 10) 川喜田二郎. 発想法. 63-114. 東京:中央公論社:2000.
- 11) 山浦晴男. 質的統合法入門 考え方と手順. 23-78. 東京:医学書院:2012.
- 12) 山勢善江、山勢博彰、立野淳子. クリティカルケアにおけるアギュララの問題解決型危機モデルを用いた家族看護. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2011;7(1):8-19.
- 13) 宮下多美子. 抑制・拘束の適応にいたる要因の考察. 看護. 1999;51(4):35-41.
- 14) 長谷川沙希、原祥子、沖中由美、小野光美. ICUにおいて抑制を受ける高齢患者に対する看護ケア. 老年看護学. 2012;17(1):28-36.
- 15) 山本美輪. 看護経験年数による高齢者の身体的抑制に対する看護師のジレンマの差. 日本看護管理学会誌. 2005;9(1):5-12.
- 16) 菊池和則. 多職種チームとは何か. 石鍋圭子他編:リハビリテーション看護におけるチームアプローチ. リハビリテーション看護研究4. 2-15. 東京:医歯薬出版:2002.